Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 października 1884. № 42. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

III. O uproszczeniu opatrunku przeciwgnilnego.

Podał prof. Dr. J. Mikulicz

Prawdziwy postęp na drodze do uproszczenia leczenia ran utorowało bezsprzecznie wprowadzenie szeregu materyjałów, zdolnych zastąpić zbyt kosztowną gazę Listerowską i watę odtłuszczoną. Zanim zdam sprawę z własnych doświadczeń z trocinami drzewa, niech mi wolno będzie w krótkości wyrazić swoje zapatrywanie na inne materyjały użyte w celach zastąpienia opatrunku pierwotnego L i s t e r a.

Zadaniem opatrunku przeciwgnilnego jest odpowiedzieć trzem wymogom; po pierwsze ma on chronić ranę tak od mechanicznych urazów, jakotéż od następowego zakażenia od zewnątrz; po drugie winien wywierać na ranę jednostajny ucisk, a po trzecie wsysać wydzielinę rany w zupełności. Co do pierwszego punktu, tj. czysto mechanicznéj ochrony rany, nie potrzebuję szczegółowo się rozwodzić. Natomiast pragnę tutaj nieco dłużéj zastanowić się nad zadaniem przeciwgnilném opatrunku w ścisłém znaczeniu tego słowa. Rozchodzi się jedynie o to, aby ranę w okresie gojenia zabezpieczyć od wtargnięcia pierwiastków zakaźnych; gdy więc rana zupełnie jest zamknięta i nie komunikuje z powietrzem atmosferyczném za pomocą drenów, to dostateczną jest cienka warstewka ochronna, czego przykładem żywym małe ranki operacyjne, które pociągamy jedynie roztworem jodoformu w kolodionie. Jeśli atoli rana zaopatrzona jest w dreny, gdy przeto wspólniczy z całym opatrunkiem, wówczas wydzielina nagromadzona w opatrunku zostaje w jednym ciągu z wydzieliną w saméjże ranie zebraną, stanowi tedy, jak się pierwéj raz wyraziłem, wielkie ognisko martwe, które dla rany znaczy tyle, co każde ognisko martwe, czyli nagromadzenie się wydzieliny śród rany. Dla tego też według metody L i s t e r a opatrunek zostaje od zewnątrz w zupełności zamknięty (Makintosh, wata po brzegach), rozkładowi zaś wydzieliny w samym opatrunku zapobiegają istoty przeciwgnilne w skład jego wchodzące. Na téj zasadzie złożono też wszystkie inne opatrunki, które *in toto* wyposażone są istotami przeciwgnilnemi.

Natomiast zasadniczo różnym jest opatrunek jodoformowy, w którym rana sama razem z otworkami sączków jest pokryta cienką warstwą gazy jodoformowéj, a choć takowa przepuszcza wydzielinę, tworzy jednak zarazem powłokę ochronną wzbraniającą w skutek trwałego działania jodoformu przystępu do rany pierwiastkom zakaźnym [1]). Rana jest przymknięta aseptycznie kilku warstwami gazy jodoformowéj bez względu, czy wydzielina w zewnętrznéj części opatrunku pozostaje nierozłożoną, czy téż ulega rozkładowi. Mojém zdaniem zasada ta w opatrunku przeciwgnilnym tyle świadczy korzyści, że można ją wyżéj stawić od zasady opatrunku L i s t e r a, bez względu, czy wciągniemy w skład opatrunku jodoformu, czy inny trwały środek przeciwgnilny. Co do mnie jestem najzupełniéj zadowolony z jodoformu i nie mam téż powodu zmieniać w zasadzie podanego przed trzema laty opatrunku jodoformowego. Zarzuty, z jakiemi spotkał się jodoform, najmniéj dotyczą właśnie téj odmiany opatrunku jodoformowego i tak absolutnie nie może być tu mowy o niebezpieczeństwie intoksykacyi, gdyż jodoform z raną samą nie styka się zupełnie lub tylko na brzegach cięć.

W ogóle w kwestyi jodoformu najwięcéj zamętu sprawiło bezładne zestawienie najróżnorodniejszych kategoryj ran, przy których ten środek trzeba w różny sposób stósować. W skutek licznego szeregu śmiertelnych zatruć po wprowadzeniu większych ilości jodoformu do świeżych ran został takowy przez wielu chirurgów porzucony, jako środek niebezpieczny, a z nim razem odsądzonym został również zewnętrzny opatrunek jodoformowy.

[1]) Nie potrzebuję nadmieniać, że przytém do bezpośredniego pokrycia rany zbytecznym jest Protective Silk, jak i na jego miejsce zalecana przez S c h e d e g o, v. B r u n s a i innych wełna szklana (*Glaswolle*).

Brak poważniejszéj podstawy przypisać wypada zdaniem mojém zarzutowi Schedego i innych, jakoby przy opatrzeniu jodoformowém częściéj występowała róża przyranna niż po użyciu innych opatrunków. Ochrony przed różą nie spodziewałem się znaleść w ogólności w jodoformie, ale téż nie wymagałem odeń takowéj. Już naprzód dało się przewidzieć, że środek przeciwgnilny tak słaby, choć trwały w działaniu, jak jodoform, nie będzie w stanie unicestwić tak odpornego pierwiastku zakaźnego. Dlatego téż wielokrotnie i dobitnie kładłem na to nacisk, że pierwotna desinfekcyja rany kwasem karbolowym musi być najdokładniéj przeprowadzona mimo opatrunku jodoformowego, tak samo, jak przy zastósowaniu opatrunku Listera, lub innego opatrzenia przeciwgnilnego. Dodam jeszcze, że ja również desinfekcyjonuję bezpośrednio przed użyciem ten kawałek gazy, który ranę pokrywa, zanurzając go w roztworze 5% kwasu karbolowego; gaza bowiem jodoformowa przypadkowo zanieczyszczona może następowo zakazić ranę. Kto więc uskarża się na częste występowanie róży przy użyciu opatrunku jodoformowego, ten pewno nie dość starannie desinfekcyjonuje ranę kwasem karbolowym, sublimatem, lub innym środkiem przeciwgnilnym równéj wartości. Doświadczenia moje w tym kierunku zebrane w klinice krakowskiéj nie wypadły téż wcale na niekorzyść jodoformu.

Co do kwestyi kosztów wykazałem już poprzednio, jak niesprawiedliwym jest zarzut, iż opatrunek jodoformowy jest za drogi. Przeciwnie należy do najtańszych, jak to niedawno obliczył Leisrink (*Der Torfmoos-verband von H. Leisrink, Mielck u. Korach*, Hamburg u. Leipzig, 1884) omawiając opatrunek z mchu torfowego, który łączy według wyż podanéj zasady z gazą jodoformową.

Z czego ma się składać część opatrunku na gazie jodoformowéj spoczywająca, którą to część możnaby nazwać opatrunkiem zewnętrznym, jest rzeczą obojętną ze względu na *asepsis* rany, jeśli część ta odpowiada zresztą wszelkim innym wymogom.

Przedewszystkiém zbytecznem jest pokrycie całego opatrunku materyjałem nieprzemakalnym i dlatego nie używam go też od dwóch lat przy opatrunkach jodoformowych, co świadczy mi jeszcze tę korzyść, że ciecz nagromadzona w opatrunku odparowuje całkowicie, lub przynajmniéj częściowo, a skutkiem tego wysecha oczywiście wydzielina. Ten system osuszania uprawiany również przez innych jest jak wiadomo bardzo cennym środkiem wspierającym *asepsis* rany, jak to już dobitnie zaznaczyli Neuber, Leisrink i v. Bruns.

Przy wyborze materyjału do zewnętrznego opatrunku należy pamiętać, aby takowy posiadał własności fizyczne niezbędne do ucisku rany i wsysania wydzieliny.

Ucisk powierzchni rannéj należący do zadań opatrunku da się osiągnąć z pomocą opasek zewnętrznych niemal przy użyciu każdego materyjału, który dostosowuje się tylko szczelnie do form ciała, zwłaszcza do pojedynczych zagłębień i zaułków. Ucisk będzie w każdym razie jednostajniejszy, z pewnością trwalszy i zarazem dla chorego znośniejszy, jeśli użyty materyjał posiada pewien stopień podatności i elastyczności. W tym względzie nie dorównywają materyjałom roślinnym nieorganiczne materyjały, jak popiół i piasek.

Większéj wagi bezsprzecznie jest druga własność fizyczna materyjału opatrunkowego, t. j. zdolność wsysania, i w tym celu badali ściśle różni autorowie najważniejsze w grę tu wchodzące materyjały. Jako takie wymienić należy oprócz znanéj powszechnie gazy i waty: torf mchowy, mech torfowy, trociny drzewa, wełnę drzewną (*Holzwolle*), piasek, popiół, jutę, kłaki, sieczkę i inne. Dziwnym sposobem doprowadziły jednak próby robione przez Neubera, Walchera, Leisrinka, Fehleisena a w ostatnich czasach przez Rönnberga w części do bardzo sprzecznych rezultatów, i odpowiednio do tego uznali wspomnieni autorowie już to jeden, już téż drugi materyjał, jako najlepiéj wsysający. Przyczyna tego leży w rozmaitém, po części jednostronném przeprowadzeniu doświadczeń przez pojedyńczych autorów. Rönnberg [1]), którego próby są najdokładniejsze, a który zarazem należycie uwzględnił stosunki mechaniczne, stanowiące o opatrunku rany, pouczył, jak tłumaczyć należy sprzeczność między wyż wspomnianymi autorami. Dla tégo téż pomijam tutaj tę kwestyję, odsyłając czytelnika bliżéj się zajmującego tym przedmiotem do pracy Rönnberga.

Według mego przekonania bardzo cenne są wszystkie wymienione próby dla zoryjentowania się pod względem zdolności wsysania różnych materyjałów, lecz sąd to zbyt śmiały, jeśli się uznaje z całego szeregu materyjałów najlepiéj wsysający li tylko dlatego za najodpowiedniejszy do opatrunku. Mojém zdaniem należy sformułować powyższe pytanie w następujący sposób: **które materyjały opatrunkowe w ogólności wsysają tyle, ile potrzeba dla opatrunku ran?** a odpowiedź na to, iż wymogowi temu zadość czyni w zupełności cały szereg materyjałów, że je przeto wszystkie w celach praktycznych uważać musimy jako równorzędne, niezależnie, czy jeden z nich dwa lub trzy razy tyle wessać jest w stanie, bezwzględnie czy maximum wessania osiąga się w pół minuty, czy w 5 minut. Oczywiście dopiero praktyka złoży ostateczny dowód na to, czy dotyczący materyjał istotnie się nadaje do opatrunku, bo przecież drogą eksperymentu nie dadzą się nigdy dokładnie naśladować stosunki na ranach napotykane. I tak autorowie badali przeważnie tylko zdolność czynnego wsysania materyjałów, a trzeba przecież uwzględnić, że także wydzielina odpływająca z rany stosuje się zazwyczaj do prawa ciężkości (sączki zwykliśmy zawsze zakładać w częściach najniższych rany), a co więcéj, że wydzielina zostaje przez ucisk opatrunku z rany wypartą, a więc mechanicznie do opatrunku wtłoczoną. Właśnie ten ucisk na ranę wywarty wspiera doskonale zdolność czynnego wsysania materyjałów opatrunkowych i umożliwia użycie w razie potrzeby nawet takich materyjałów, które wcale nie posiadają zdolności wsysania. Według Rönnberga należą do materyjałów opatrunkowych sposobnych do czynnego wsysania: torf mchowy (zwilżony), trociny, kora garbarska sproszkowana, przesiany popiół węgla kamiennego, szarpie, wata odtłuszczona, wata drzewna, asbest drobnostrzępiasty i gaza (Mull); tu wliczyć należy również mech torfowy bardzo energicznie wsysający, którego Rönnberg jednak nie wciągnął jeszcze w szereg swoich doświadczeń. Zdolności czynnego wsysania nie posiadają wcale: juta, sieczka, kłaki i suchy torf. Te ostatnie materyjały przeto nie nadają się do opatrunku i dla tego też dadzą się użyć tylko w razie ostatecznéj potrzeby przy braku wszelkich innych, gdy natomiast poprzód wyliczone uważać należy jako równorzędne pod względem zdolności wsysania. Większa część z nich, jakoto torf mchowy,

[1]) Die physikalischen und chemischen Eigenschaften unserer Verbandmittel als Maasstab ihrer Brauchbarkeit, nebst Mittheilung über neue Verbandmittel aus Holz. v. Langenbeck's Archiv, XXX. 2 und Wiener medic. Wochenschrift, (Der Militärarzt), 1883, Nr. 49.

mech torfowy, wełna drzewna, nie mówiąc już o odtłuszczonéj gazie i wacie, mają już w praktyce ustaloną sławę wybornych materyjałów opatrunkowych; inne jak piasek i popiół mają własności uboczne nie zbyt przyjemne, dla których mniéj się nadają do opatrunków, w każdym razie jednak mogą być użyte w braku innych jako niezgorsze materyjały opatrunkowe.

Trocin drzewnych używał o ile wiem przedemną jedynie Neuberg [1]) z powodzeniem w małéj liczbie przypadków (20—30), zalecał je jednak do opatrywania ran już wcześniéj J. H. Porter *(Kriegschirurgisches Taschenbuch aus dem Englischen übersetzt von Schill.* Leipzig, 1882). Łatwość nabycia trocin prawie wszędzie, cena ich, dochodząca w pewnych miejscach do bajecznéj taniości, nadają im szczególniejszą wartość opatrunkową, zwłaszcza w praktyce wojennéj. Te względy skłoniły mnie do stosowania przez czas dłuższy w mojéj klinice wyłącznie trocin, aby się przekonać, czy rzeczywiście czynią one zadość wymogom dobrego materyjału opatrunkowego. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

Klinika chorób skórnych i wenerycznych ograniczoną była do czerwca r. 1883 do 18 łóżek. Staraniom długoletnim prof. Rosnera udało się pozyskać od Wydziału krajowego dołączenie do téj tak szczupłéj kliniki oddziału rezerwowego, obejmującego 30 łóżek. Ogółem więc klinika rozporządza obecnie miejscem na 48 chorych.

Materyjał kliniczny zatém, jakim mógłby rozporządzać sprawozdawca, z czasów, gdy klinika była ograniczona li tylko do ośmnastu łóżek, w ciągu roku zebrany, był tak małym (wynosił najwyżéj 140 przypadków), że mowy o sprawozdaniu naukowém z ruchu chorych być nie mogło.

Dopiero przyłączenie oddziału rezerwowego, zdwajając liczbę chorych, czyni możliwém opracowanie sprawozdania więcéj szczegółowego.

Zważywszy jednakowoż, że przypadki leczone w klinice chorób skórnych i wenerycznych, są przeważnie przypadkami chorób przewlekłych, wymagających kilkotygodniowego, a nawet kilkomiesięcznego, leczenia, że zatém łóżko zostaje przez chorego zajętém przez czas dłuższy, przeto i materyjał, jakim mogę rozporządzać w niniejszém sprawozdaniu, chociaż zebrany z lat dwóch, nie jest tak wielkim, aby mi mógł zezwolić wejść w szczegóły najdrobniejsze każdego działu chorób w klinice leczonych.

Każdy, ktokolwiek zajmował się opracowaniem sprawozdania naukowego z oddziału szpitalnego, wie bardzo dobrze, jak niepewną jest podstawa, do wytworzenia sobie pewnych danych co do przyczyn, wywołujących chorobę, co do czasu jéj trwania przed przybyciem chorego do zakładu leczniczego, wreszcie co do początkowych objawów. O ileż większe jeszcze trudności napotyka anamneza u chorych, dotkniętych chorobami wenerycznemi i skórnemi. Chorzy, szczególnie mniéj inteligentni, z jakich głównie składa się materyjał szpitala lub kliniki publicznéj, uważają sobie niejako za zadanie wprowadzać lekarza w błąd kłamliwemi podaniami. Dla tego też wnioski, jakieby można zebrać, co do etyjologii chorób, co do czasu wylęgania się chorób zakaźnych, jakotéż co do początkowych objawów i czasu trwania choroby, są oparte po największéj części na tak niewiarogodnych podaniach, że stałyby się mniéj niż prawdopodobnemi, gdyby się je przyjmowało bez jakiegokolwiek zastrzeżenia i ostrożności.

W drugim rzędzie dokładne sprawozdanie z kliniki naszéj natrafia jeszcze na drugą trudność. Obok kliniki uniwersyteckiéj istnieje oddział szpitalny chorób skórnych i wenerycznych, który stanowi zupełnie odrębną całość. Otóż chorzy leczeni w klinice bardzo rzadko powracają z nawrotami choroby do kliniki, lecz znajdują, porządkiem rzeczy, umieszczenie w oddziale szpitalnym. Odpada nam więc tutaj w znacznéj części sposobność obserwacyi choroby takiéj, jak kiła, która nigdy prawie nie ogranicza się do jednego nawrotu. Podobnie rzecz się ma z niektóremi chorobami skórnemi. Również odpada nam dokładność w spostrzeganiu działania wielu środków leczniczych, polecanych przeciw chorobom skórnym i wenerycznym. Chory bowiem wyleczony z objawów, które go skłoniły do wstąpienia do kliniki, opuszcza jak najprędzéj zakład. Dotknięty nawrotem choroby, wraca do szpitala, lecz dostaje się do oddziału szpitalnego. Wnioskowanie tym sposobem o trwałości wyleczenia pewnym środkiem, jedynie z tego, że chory z nawrotem chorobowym nie powrócił, jest dla nas niedopuszczalném.

Sprawozdanie więc nasze, z powodów wyłuszczonych, musi pominąć wszelkie wnioski etyjologiczne i w ogóle opierające się na wywiadach od chorego. Daléj w wielu razach odpada nam pewność, czy środek jaki ochrania od nawrotu choroby, i na jak długo od niego zabezpiecza chorego.

Dla łatwiejszego przeglądu postanowiliśmy naprzód podać w zestawieniu ruch chorych w ciągu lat objętych sprawozdaniem, następnie zaś przejdziemy kolejno każdy dział chorób objętych zestawieniem, podając to, co obserwacyja kliniczna osiągnąć zdołała.

Zestawienie ruchu chorych.

Leczono na:	W roku 1883.			W roku 1884.		
	Męż.	Kob.	Razem	Męż.	Kob.	Razem
1. *Herpes Zoster*	2	—	2	2	—	2
2. *Eczema*	9	6	15	17	6	23
3. *Acne rosacea*	—	—	—	—	2	2
4. *Psoriasis*	6	3	9	6	7	13
5. *Lichen scrophulosorum*	—	—	—	2	1	3
6. *Prurigo*	3	1	4	4	3	7
7. *Lupus*	5	5	10	8	13	21
8. *Rhinoscleroma*	—	3	3	—	—	—
9. *Xeroderma*	1	—	1	—	—	—
10. *Sarcoma Epididym.*	1	—	1	—	—	—
11. *Scabies*	23	24	47	62	46	108
12. *Favus*	1	—	1	3	1	4
13. *Herpes tonsurans*	4	1	5	3	2	5
14. *Pithyriasis versicolor*	1	—	1	—	1	1
15. *Blenorrhoea urethrae*	16	11	27	46	37	83
16. *Condylomata acuminata*	1	1	2	2	8	10
17. *Cystitis et Pyelitis*	3	—	3	5	1	6
18. *Bartholomeitis*	—	1	1	—	3	3
19. *Paraphymosis ex onania*	2	—	2	2	—	2
20. *Ulcus molle*	10	4	14	32	29	61
21. *Syphilis primaria*	6	1	7	12	14	26
22. *Syphilis secundaria recens*	16	17	33	27	56	83
23. *Syphilis secund. recidiva*	7	9	16	36	32	68
24. *Syphilis tardiva*	8	11	19	12	15	27
Razem	125	98	223	281	277	558

---

[1]) Klinische, experimentelle und botanische Studien über die Bedeutung des Torfmulles als Verbandmaterial. Archiv f. klinische Chirurgie v. Langenbeck, XXVIII, Heft III.

Ogółem więc leczono w roku szkolnym 1833: 125 mężczyzn, 98 kobiet, razem 223 chorych; w roku zaś 1884: 281 mężczyzn i 277 kobiet, razem 558 chorych. Ruch więc chorych w roku 1884 wzmógł się o 156 mężczyzn i 179 kobiet, czyli razem o 325 chorych.—W ciągu lat dwóch zatém leczono 406 mężczyzn i 375 kobiet, czyli razem 781 chorych. Z kolei rzeczy przystępujemy do sprawozdania szczegółowego, dzieląc sobie materyjał na dwa naturalne działy: chorób skórnych i wenerycznych.

I. Choroby skórne.

Choroby skórne w ogóle rzadziéj trafiają się w klinice niż choroby weneryczne. Leczono na nie w r. 1883: mężczyzn 56, kobiet 43, razem 99 chorych, w r. 1884 mężczyzn 107, kobiet 82, razem 189. Ogółem więc w ciągu dwóch lat, objętych niniejszém sprawozdaniem, leczono mężczyzn 163, kobiet 125, czyli razem 288 chorych, nieco więcéj zatém niż jednę trzecią ogólnéj liczby chorych.

W sprawozdaniu naszém nie napotyka się wcale chorób zakaźnych gorączkowych, jak ospy, płonicy, odry, róży, ponieważ chorzy z temi chorobami bywają leczeni częścią w oddziałach chorób wewnętrznych, częścią zaś w szpitalu chorób dziecięcych. Również dla tych samych przyczyn nie spotykamy się z owrzodzeniami, odmrożeniami, zgorzeliną, wąglikiem skóry, jakoteż i oparzeniami, bo choroby te znajdują znów pomieszczenie przeważnie w oddziale chorób chirurgicznych.

Choroby skórne przewlekłe przyjmowano do kliniki o tyle, o ile na to miejsce pozwalało i potrzeba nauki wymagała. Dla tego też mylnieby ten sądził, ktoby chciał na podstawie niniejszego zestawienia wnosić o częstości pewnéj choroby w naszym kraju. I tak np. strupień woszczynowaty *(Favus)* należy do chorób bardzo między ludem naszym, szczególniéj wyznania starozakonnego, pospolitych. Mimo to w klinice naszéj leczono tylko cztery przypadki téj choroby. Przyczyną tego jest, że choroba ta wymaga nader długiego i starannego leczenia i to już w samych swoich początkach, a chorzy, czując się zresztą zupełnie na ciele zdrowymi, nie chętnie się takiemu leczeniu poddają. Wiele znów chorób skórnych, nierozwiniętych w wyższym stopniu, leczy się ambulatoryjnie, tak, że zaledwie mała cząstka chorób skórnych, trafiających się między ludem naszym, przychodzi do leczenia w klinice stałéj.

Obecnie przystępujemy do sprawozdania wedle poszczególnych chorób skórnych leczonych w klinice.

1. *Herpes Zoster.* Chorobę tę leczono w ciągu dwóchlecia u czterech mężczyzn, a żadnéj kobiety. We wszystkich czterech przypadkach mieliśmy do czynienia z formą najczęstszą, tj. z *Zoster dorsopectoralis.* Pacyjenci nasi mieli między 26 a 32 lat. Charakterystyczném jest tutaj tylko to, że wszystkie cztery przypadki przypadały w czasie rozpoczynającéj się wiosny, tj. wtedy, gdy zwykle najwięcéj pojawiało się chorób powstających skutkiem wpływu zmiennéj ciepłoty i stosunków atmosferycznych. W jednym przypadku chory (Węgier) podawał za przyczynę wprost znużenie długą podróżą pieszą, w czasie któréj mocno przeziąbł i przemókł. Czas leczenia w klinice wynosił średnio $5^1/_2$ dnia. Chorzy zwykle, skoro tylko ból się zmniejszył, żądali wypuszczenia z zakładu.

Leczenie ograniczało się do posypowania miejsc chorych pudrem, okrywania ich watą, dla ochronienia ich od tarcia sukien, a w razie silnych nerwowych bólów do podskórnego zastrzykiwania morfinu.

2. *Eczema.* Wyprysk należy do chorób skórnych najczęściéj w klinice leczonych. W ciągu dwóch lat leczono 26 mężczyzn i 12 kobiet, razem 38 chorych, tj. ósmą część wszystkich chorób skórnych. Czas trwania leczenia wynosił średnio 26 dni.

Co do wieku i płci chorych, to nie spostrzeżono nic szczególniejszego. Naturalnie częściéj napotykano wyprysk u mężczyzn niż u kobiet, częściéj znów u mężczyzn w sile wieku, niż u dzieci i starców, a to z przyczyny, że pierwsi więcéj są narażeni na szkodliwości wyprysk wywołujące. Najczęściéj napotykano wyprysk u osób nędznie odżywionych, niedokrewnych, z usposobieniem zołzowém, znamionującém się obrzmieniem gruczołów limfatycznych, często owrzodzeniami zołzowemi skóry lub też nawet zmianami skrofulicznemi w układzie kostnym. W jednym przypadku obok wyprysku na głowie znaleziono drobne guziczki pierzchnicy zołzowéj *(Lichen scrophulosorum)* na odnogach górnych i tu i owdzie na tułowiu. Często anamneza wykazywała za powód wyprysku mieszkanie wilgotne, daléj niestósowne leczenie różnych chorób skórnych (szczególniéj świerzbu), działanie różnych środków żrących, do rękodzieł używanych. U kobiet najczęściéj napotykano wyprysk u kucharek, a następnie u praczek. — Wyprysk przewlekły, uporczywy, zajmujący większą część powierzchni ciała, chodził zazwyczaj w parze z nieżytami przewlekłemi kiszek i żołądka. Wyprysk odnóg dolnych towarzyszył dość często rozszerzeniom żył podudzia.

Z 38 przypadków spostrzeganych w klinice przypada na *Eczema capillitii* 6 przypadków, na *E. faciei* 2 przypadki, na *E. capillitii et faciei* 1 przypadek, na *E. faciei, colli et thoracis* 4 przypadki, na *E. extremitatum superiorum* 3 przypadki, na *E. thoracis et extremitat. super.* 1 przypadek, na *E. extremitatum inferiorum* 7 przypadków, na *E. dorsi, thoracis et abdominis* 3 przypadki, na *E. extremitatum inferiorum et capitis* 5 przypadków, na *E. scroti* 4 przypadki, na *E. labiorum pudend. majorum* 2 przypadki.

W większéj części przypadków napotykaliśmy *E. squammosum* i *E. madidans.* Następnie co do częstości występowały według porządku *E. impetiginosum* (głównie na twarzy), *E. vesiculosum* i *E. papulosum.* Prócz postaci czystych często spotykano kombinacyje dwóch, trzech lub kilku powyżéj wymienionych postaci wyprysku, na różnych częściach skóry, dotkniętéj zmianami chorobowemi.

Na osobną wzmiankę zasługuje wyprysk przewlekły worka mosznowego i międzykrocza, znany z uporczywości swojéj. Leczono go cztery przypadki. Przyczyny w trzech przypadkach chorzy nie umieli podać. Byłyto przypadki bardzo zastarzałe. W jednym choroba trwała już od 20 lat. Chorzy leczyli się w różnych szpitalach krajowych i zagranicznych, ale prócz chwilowéj ulgi, nigdzie nie odzyskali zupełnego zdrowia. W czwartym przypadku przyczyną wyprysku było zbyt długie noszenie przylepca rtęciowego na mosznach. Pacyjent, 20-letni izraelita z Krakowa, radził się w jednym z szpitali wiedeńskich na stwardnienie przyjądrza po zapaleniu rzeżączkowém. Zapisano mu *emplastrum mercuriale.* Chory nosił ten plaster przez 9 tygodni, nie radząc się już więcéj; aż dopiero gdy dostał wyprysku przybył do kliniki. U chorego tego wyprysk jeszcze świeży, dał się usunąć zwykłém leczeniem w ciągu dni 16.

U trzech innych chorych leczenie szło i u nas z wielkim oporem. Najlepiéj skutkowało mydło zielone nakładane

przez kilka dni bez zmywania na nacieklą skórę moszen. Skoro pod działaniem mydła usunięto łuski i zgrubienie skóry, używano dziegciu z oliwą (*āā*) lub nalewki dziegciowéj z wyskokiem i lotnikiem (*Rp. Olei rusci, Spirit. vin. rect. Aether. sulfur. āā*), czém chory pędzlował moszna dwa razy dziennie. Przy takiém leczeniu nieznośny swiąd szybko ustępował. Do zupełnego jednak wyleczenia w żadnym przypadku nie doprowadziliśmy. W jednym przypadku używaliśmy maści chrysorabinowéj (*Rp. Acidi chrysophanici* 4.00, *Ung. simplicis* 40.00). Wynik leczniczy jednak nie był zadowalający, tak, że powróciliśmy do zwykłego leczenia powyżéj opisanego. (C. d. n.)

III. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od Igo stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

2. Zaćm urazowych, mniéj lub więcéj szczątkowych, operowano 4 u 4ch mężczyzn, a prócz tego wydobyto u mężczyzny soczewkę z pod spojówki, dokąd się dostała skutkiem pęknięcia twardówki w oddaleniu 2mm. od górnego brzegu rogówkowego. Uraz był tępy, a oko wyglądało jakby po obwodowéj linijowéj operacyi zaćmy. Wreszcie operowano sposobem płatowym Beera przypadek urazowego zwichnięcia soczewki do komórki przodkowéj, skutkiem uderzenia odłamkiem śród tłuczenia kamieni. Z czterech wyżéj wspomnianych przypadków zaćmy urazowéj operowano w dwóch dawnym sposobem linijowym bez iridektomii i przywrócono $^6/_{36}$ i $^6/_{60}$ prawidłowéj bystrości wzroku. W pierwszym z tych przypadków powstała zaćma skutkiem skaleczenia soczewki gwoździem, w drugim skutkiem pęknięcia torebki po urazie tępym. W dwóch innych przypadkach wykonano obwodową operacyję Graefego z mniejszém nieco cięciem rogówkowo twardówkowém. W jednym przywrócono $^6/_{60}$, w drugim, w którym zaćma powstała po skaleczeniu szydłem, pozostało jak przed operacyją tylko poczucie światła, ze ścieśnionêm od wewnątrz polem widzenia. Operacyję wykonano na żądanie chorego li tylko ze względów kosmetycznych z pomyślnym wynikiem technicznym. Wtórorzędna zaćma była cienka, błoniasta a wziernikiem można było widzieć dokładnie dno oka.

Na tém wreszcie miejscu opiszę przypadek zaćmy urazowéj, powstałéj skutkiem przebicia rogówki i torebki przodkowéj przez ciało obce, którém był podłużny, pręcikowaty odłamek szkła. Przypadek ten jest ciekawy także z tego powodu, że szkło przez dłuższy czas w oku pozostawało bez silniejszych objawów zapalnych, wyjąwszy te, które skutkiem pęcznienia soczewki wystąpiły.

S. R., l. 17, uczeń gimnazyjalny, zgłosił się 12 lutego 1882 do kliniki. Podaje, że wieczorem dnia poprzedniego kolega rozgrzewał w rurce szklanéj wyskok, przyczém rurka i szkło od lampy na drobne rozprysnęły się kawałeczki. Równocześnie uczuł chory ból w oku lewém, a na chustce, którą oko ocierał, było trochę krwi. Przez kilka godzin przykładał płótno maczane w zimnéj wodzie, a gdy oko wcale nie bolało, usnął i spał spokojnie do rana. Okoliczność, że dzisiaj okiem gorzéj widzi i że do światła patrzeć nie może, skłania go do szukania rady lekarskiéj. Badanie wykazuje na oku prawém za pomocą — 4 D prawidłową bystrość wzroku i odpowiedni wzrok w pobliżu; lewém zaś okiem chory liczy palce niepewnie tylko w oddaleniu 20cm. Światłowstręt znaczny, oczy we łzach pływają. Dolna powieka oka lewego na brzegu w oddaleniu 12mm. od wewnętrznego kącika szpary powiekowéj przecięta. Jeden z gruczołów Meiboma również przecięty, tak że treść jego można było szczypczykami wydobyć. Skutkiem przecięcia brzegu powstała szczelina powieki, bardzo nieznaczna, gdyż szerokość jéj wynosiła na podstawie 1·5mm. Spojówka powieki i gałki mocno nastrzykana, toż samo i naczynia rzęskowe. W rogówce od dołu rana płatowa, któréj środek przy miernéj zbieżności osi ocznych odpowiada rance w powiece dolnéj. Brzegi ranki lekko szaro zaćmione. Przodkowa komórka płytka, źrenica miernie rozszerzona, tęczówka od dołu i od zewnątrz do tylnéj powierzchni rogówki przyparta, soczewka niebieskawo-szaro zaćmiona, szczególnie w częściach górnych i zewnętrznych. Ciała obcego nie widać nigdzie mimo najdokładniejszego w tym względzie badania. Przy oświetleniu ogniskowém widać, że torebka jest przerwana w miejscu położonêm o 2mm. na zewnątrz od środka ranki rogówkowéj. Linija łącząca rankę w dolnéj powiece, w rogówce i w torebce przodkowéj wskazuje przebieg ciała obcego. Zaćmienie istoty soczewkowéj jest poza raną torebkową najmocniejsze. Oświetlając sztucznie rozszerzoną źrenicę za pomocą wziernika wydostaje się przez jéj część górno-wewnętrzną cokolwiek czerwonego odblasku z głębi oka. Rozpoznanie: *Vulnus palpebrae inferioris, vulnus penetrans corneae et capsulae lentis, catarracta traumatica, verisim. corp. alienum in oc. sin.* Leczenie: Atropin, woda gorzka, spoczynek w łóżku, okłady lodowe bez przerwy we dnie i w nocy. Pomimo to pęcznienie wzmaga się gwałtownie. Komórka przodkowa napełniła się napół przeźroczystemi, pęczniejącemi okruchami soczewki, oko w pierwszych dniach prawidłowo napięte stwardniało w drugim tygodniu najwyraźniéj. Z tego powodu przekłuto 1 marca rogówkę i wypuszczono ciecz wodną a zarazem znaczną ilość napęczniałéj kory; w dwa dni późniéj powstał czarny otwór w źrenicy, tak że chory już palce liczył. W następnych dwóch tygodniach pęcznienie, chociaż wolniéj, ciągle się jeszcze wzmagało a niebawem pęczniejące okruchy zakryły otwór w źrenicy. Z powodu ponownego podwyższenia ucisku śródocznego wykonano 25 marca powtórną punkcyję rogówki, po któréj znowu znaczna część kory z oka wystąpiła. W kilka dni późniéj wykazało badanie za pomocą oświetlenia ogniskowego, że w przodkowéj komórce od dołu i zewnątrz leży zaledwie dostrzegalne, bo przeźroczyste ciało obce, prawdopodobnie cieniutki odłamek szkła, którego raczéj domyślać się tylko było można po jaśniejszym nieco odblasku w postaci wąziuchnéj podłużnéj smugi. Jeden koniec lśniącego odblasku ginie pod blizną rogówkową, w którą wrosła tęczówka, drugi zmierza ku wewnątrz i tyłowi. Ciało obce, widocznie nadzwyczaj cienkie, odłamek rurki szklanéj, nie zmienia swego położenia przy poruszaniu oka i głowy; resztki soczewki uległy wessaniu, tylko od góry pozostała zaćma wtórorzędna, chory liczył z + 19 D palce na 5 metrów. Zabiegi mające na celu wydalenie ciała obcego z oka były połączone z największemi trudnościami i pozostały bezowocne. Trudność polegała na tém, że ciało obce tylko przy oświetleniu ogniskowém i to zaledwie spostrzedz było można, że nawet przy pomocy takiego oświetlenia stawało się niedostrzegalne po wypuszczeniu cieczy z przodkowéj komórki, że skutkiem najmniejszéj

zmiany położenia ciała obcego tęczówka ulegała zranieniu a krwotok z niéj uniemożebniał dalszą operacyję. Chory wystąpił z kliniki 11 czerwca z $V^6/_{60}$; z + 12 D czytał Nr. 19 Jg. Ciało obce leżało teraz w dolno-zewnętrznéj części komórki przodkowéj i nie poruszało się przy ruchach oka. Mierne nastrzykanie, światłowstręt, utrzymywały się jeszcze i utrudniały wykonanie dokładnych prób widzenia w pobliżu. Chorego widziałem w kilka miesięcy późniéj. Oko było blade, światłowstręt ustąpił. Ostatnie próby wzroku, których wynik mam zapisany, wykonałem 9 listopada z. roku. Z pomocą + 6 D widział $^6/_{60}$, za pomocą + 12 D czytał Nr. 13 Jägera z łatwością. Oko znosiło więc dobrze ciało obce. Po wystąpieniu z kliniki chory radził się także prof. Arlta w Wiedniu, który słysząc o usiłowaniach i o trudnościach wydobycia ciała obcego, wyjęcia podjąć się nie chciał, ponieważ zaś objawów zapalnych podówczas nie było, radzi więc, aby oko pozostawić w spokoju i zachować się wyczekująco. (Dok. nast.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Samuel: **O wstrzykiwaniu podskórném lub do żył jako metodach leczniczych w cholerze.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Jakkolwiek rozwój prątka jest proporcyjonalnym do przebiegu i nasilenia przypadów chorobowych, to stosunku żadną miarą wykazać nie można pomiędzy rozwojem tego pasorzyta poza organizmem i przebiegiem epidemij. Przez wyschnięcie tracą prątki skuteczność a z cieczy nie mogą się roznieść, jeżeli ciecz nie bywa rozpylaną; jeżeli zaś rzecz ma się tak rzeczywiście, to wprowadzenie prątka do organizmu musi się prawie wyłącznie odbywać wśród jedzenia lub picia. Nie jest wcale prawdopodobném, żeby praczki ulegały zakażeniu w chwili, gdy zajęte praniem rozbryzgują wodę zawierającą prątki. Kropelka mydlin, która się może dostać na wargi, zostanie z pewnością startą z ust nie zaś połkniętą, zresztą bieliznę zlewa się zazwyczaj wrzącą wodą, zanim się ją pierze. Wyjątkowym również nazwać należy zbieg okoliczności, jaki ma miejsce na wybrzeżu Aleksandryi, tak więc musiałyby się prątki prawie zawsze z pokarmami dostawać do przewodu pokarmowego, trudno zaś przypuścić, ażeby tak częstém być mogło zanieczyszczenie potraw i napojów jużto wodą zawierającą prątki, jużtéżto palcami, na których pozostały cząstki kału cholerycznych. W tym względzie zasługuje również na uwagę okoliczność, że woda użyta do potraw bywa zazwyczaj przegotowaną. Tak tedy przypuścićby należało, że najczęściéj zakażenie następuje za pośrednictwem wody do picia lub owoców surowych, które myto wodą zawierającą prątki; ten sposób pojmowania nie zgadza się jednak z przebiegiem zarazy na statkach na pełnym oceanie, gdyż woda do picia nie jest na statkach dostępną dla prątków. Jeżeli tak rzeczy stoją, to profilaksa cholery polega właściwie na dostarczeniu czystéj wody a co się dzieje z odchodami, jest już podrzędnego znaczenia, gdyż chociaż prątki dostaną się do ziemi i mnożą się w wodzie gruntowéj, nie dostaną się przecież do rur prowadzących wodę czystą do picia i do domowego użytku. Pomimo tego wszystkiego pozostaje dotąd niewytłumaczoném, dla czego pewne miejscowości są zawsze niedostępne dla cholery, dla czego bezpieczeństwo to trwa czasem tylko przez czas pewien i dla czego epidemije gasną nagle, nie podobna bowiem przypuścić, aby nagle zabrakło osób skłonnych do zarażenia się cholerą.

Przebieg zarazy bywa z początku i w końcu nader dziwaczny. Ileż prątków musiano z Marsylii i Tulonu rozwlec nietylko do Lyonu i innych miejscowości na gruncie skalistym, lecz do Paryża i wielu innych miast, zbudowanych na pokładach dyluwialnych, a przecież ten obfity zasiew wydał stosunkowo tak mało owocu; obraz ten poucza, że nietylko okręty ale i pociągi kolei żelaznych mało przyczyniają się do rozwleczenia zarazy w stosunku do liczby podróżnych i ilości pociągów. Dużo to jeszcze pracy kosztować będzie, zanim będzie można ten dziwaczny rozwój epidemii ująć w pewne prawidła.

Autor przechodzi teraz do właściwego tematu swojéj rozprawy, a mianowicie do dania odpowiedzi na pytanie na początku zamieszczone, o ile doznało zmiany leczenie cholery pod wpływem odkrycia prątków? Usiłowania lecznicze dawniejsze, o ile one były możliwe, wychodziły już dawniéj z zapatrywania, że cholera polega na wtargnieniu przyrzutu do organizmu. Cała trudność polega na tém, że nie można przeciwpasorzytnych płynów wlewać do jelita w ilości dostatecznéj do powstrzymania rozwoju, względnie zabicia prątków. Kierunek ten leczniczy wtedy tylko zyskałby podstawę, gdyby się znalazł środek w małych ilościach szkodliwy dla prątka a obojętny dla organizmu ludzkiego. Dopóki środka takiego nie znamy, dla naszéj terapii tak samo niedostępnemi są prątki wykryte jak były pasorzyty, których się domyślano ale ich jeszcze nie znano. Odkrycie prątka nie wykazało, nawet o ile korzystném i usprawiedliwioném jest leczenie biegunki początkowéj za pomocą makowca. Jeżeli wczesne powstrzymanie biegunki zapobiega sprawie cholerycznéj, t. j. powstrzymuje rozwój prątka, jakimże sposobem dzieje się to? Prątki przecież pozostają w jelicie, nie bywają wydalane, powstrzymanie ruchu robaczkowego może wpłynąć na ustanie pochodu prątków, lecz jakże może ono powstrzmać ich rozwój? Spodziewaćby się należało, że teraz działanie ich na pętle jelit, w których pozostały, będzie tém żywszém i sprawy zapalne wystąpią tam z tém większém nasileniem. A rzecz ma się przecież wręcz przeciwnie. Sprawa chorobowa przestaje się szerzyć a prątki giną w pełni swego rozwoju. Pojąć to można jedynie przypuszczając wytworzenie się produktów życia prątków, które zapobiegają ich dalszemu krzewieniu się. To przypuszczenie ma wiele za sobą i w naturze znane są już sprawy analogiczne. Jeżeli biegunka początkowa nie ustaje i typowy napad rozwija się pozostają te same wskazania lecznicze. Po upływie 24—36 godzin mija napad a prątki giną same; jeżeli więc nie mamy środków, aby prątki zniszczyć, możemy być pewni, że to nastąpi w krótkim czasie, jeżeli tylko uda nam się, tak długo utrzymać chorego przy życiu.

Niebezpieczeństwo grozi życiu bez wątpienia z powodu utraty wody we krwi, utrata ta postępuje do tego stopnia, że krążenie ustaje; czy oprócz tego grozi inne jeszcze niebezpieczeństwo w okresie zamartwiczym, tego rozstrzygnąć nie można, bądź co bądź jasném jest wskazanie lecznicze wynikające z powodu gęstnienia krwi, rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób je wypełnić?

Tutaj rozwodzi się S. nad podanym przez siebie sposobem wlewania wody pod skórę, o którém pisał już niejednokrotnie. Sprawozdanie z jego pracy zamieszczonéj w *Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 28, z r. b. podaliśmy w Nrze 29 „Przeglądu Lekarskiego“ z r. b., do tego téż sprawozdania odsy-

łamy czytelników wobec okoliczności, że niniejszy artykuł S. nie zawiera nic nowego w tym kierunku. Autor kładzie nacisk na zapatrywanie swoje, objawione nieraz, że koniecznêm jest ciągłe wlewanie wody pod skórę przez cały czas trwania okresu zamartwiczego, a więc przez 24 do 36 godzin, aby uzyskać rezultat dodatni, dodaje, że jakkolwiek wlewanie takie przedsiębrano, nie wytrwano nigdzie przez czas odpowiedni i dla tego rezultat bywał ujemnym. W dalszym ciągu zastanawia się nad rozczynem, który ma służyć do tych wstrzykiwań i przychodzi do wniosku, że wobec tego, że się tu głównie i przedewszystkiém o wodę samą rozchodzi, podrzędne ma znaczenie, czy ta woda jest słabym rozczynem téj lub owéj mieszaniny soli krystalicznych, bo słabe rozczyny soli ulegają również nader łatwo wessaniu. Miejscem najodpowiedniejszém do tych wstrzykiwań są okolice szyi i boki klatki piersiowéj, tutaj bowiem bywa krążenie utrzymane, pomimo że mogło już ustać na odnogach. Narzędziem najodpowiedniejszém jest trójgraniec zwykły, którego rurkę można zamknąć kurkiem i pozostawić pod skórą. Trudność zabiegu nie leży w wykonaniu tegoż lecz w têm, że go trzeba nader często powtarzać, trudność ta może jednak znacznie zmaleć w dobrze urządzonym szpitalu przy pomocy dobrze wyćwiczonéj obsługi.

W końcu przytacza S. ustęp z prywatnéj korespondencyi z Cantanim, który podczas obecnéj epidemii w Neapolu zastosował to leczenie na większy rozmiar. Z korespondencyi téj wynika, że ta metoda leczenia ma rzeczywistą wartość, jak to już wiadomém jest czytelnikom „Przeglądu“ z 40 Nru naszego pisma (str. 535) z roku bieżącego. (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 40 i 41, 1884). *Dr. Schaitter.*

Doc. Dr. Karol Chodounský: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.).
Streścił Dr. A. Kwaśnicki.
(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Przeciwwskazaném jest leczenie klimatyczne w następujących okolicznościach: 1) Jeśli ciepłota dosięga 39° a gorączka jest stałą lub tylko zwalniającą; 2) jeśli obszar nacieku jest znaczny, zwłaszcza w okresie rozpadu i kiedy już bezwzględnie źle rokujemy; 3) jeśli upadek sił chorego wymaga przebywania w łóżku; 4) jeśli gruźlicy płucnéj towarzyszy gruźlica otrzewny itd. Zdarzają się obfite i częste krwotoki płuc, które wymagają spokoju i leczenia farmakologicznego, zanim kolej przyjdzie na pobyt w stacyi klimatycznéj.

Wskazania wypływające ze względu na indywidualność, stan sił i powikłania z innemi chorobami.

Chorzy tak zwani eretyczni, tj. wyróżniający się nadzwyczajną wrażliwością układu nerwowego i krążenia, oraz skłonnością do cierpień nieżytowych i zapalnych, nie nadają się do klimatycznych stacyj górskich; w wysokim stopniu drażliwości sprzyja pobyt na morskiém nieco wilgotném wybrzeżu, np. w wschodniéj Riwierze. Stan sił suchotników jest zawsze mniéj więcéj niedostateczny, a wiemy, że osłabienie ułatwia rozwój sprawy gruźliczéj; z tego względu przy wyborze metody leczniczéj należy ten stan sił uwzględnić. Wyżéj było powiedziane, że w każdém klimatyczném uzdrowisku chorzy ulegają wpływom pobudzającym, których siła jest nie jednaka, i w miarę téjże dzielimy klimaty w pojęciu leczniczém na górski, pomorski, śródlądowy, leśny itd. Jeśli więc nie ma przeciwwskazań wynikających z przebiegu choroby, a stan sił jest dostateczny, to wysyłamy takiego chorego w góry. Trudniéj powziąść decyzyję, kiedy stopień znaczniejszy osłabienia przeciwwskazuje stacyje górskie; nie należy jednak spuszczać z uwagi, że dla mniejszych stopni osłabienia posiadamy stacyje na miernych wyżynach (600—800 m.), jak Obersdorf, Aussee, Heiden itd. Również osoby, u których tętno i oddechy są stale przyspieszone, a siła wdechowa niedostateczna, źle się czują w górach, jak to wykazują spostrzeżenia Denisona.

Wiek chorych i te zmiany w naczyniach i chrząstkach żebrowych, które on za sobą pociąga, staje się po za 50tym rokiem (Denison) przeciwskazaniem do wysłania w góry.

Powikłania suchot z innemi chorobami są przeciwwskazaniem do pobytu w górskim klimacie w następujących okolicznościach: 1) w jednoczesném istnieniu chorób nerwowych, występujących bądź napadami, bądź objawami gwałtownemi; 2) w wadach zastawek serca, zwyrodnienia mięśnia sercowego, chorobach naczyń; 3) w zapaleniu nerek, a nawet w istnieniu samego białkomoczu; 4) w złośliwéj niedokrewności; 5) w obfitéj wypocinie opłucnowéj; 6) skłonności do nieżytów oskrzelowych.

Wskazania wynikające z przebiegu suchot są rozmaite, jak rozmaitym jest przebieg téj choroby: zależą one od okresu nacieku (naciek, rozpad, jamy), stopnia towarzyszącéj gorączki, krwotoków płucnych, powikłań. Okres nacieku, jeśli nie istnieją żadne przeciwwskazania, najlepiéj się nadaje do stałego pobytu w stacyjach górskich; jeżeli chora jest już znacznego stopnia, należy zadowolić się pobytem w dobrze urządzonéj stacyi na równinach. Spostrzeżenie pouczyło, że w okresie rozpadu skuteczność wpływu klimatu górskiego jest mniejsza, aniżeli w okresie nacieku, i że wytworzenie się jam rychléj następuje, aniżeli to ma miejsce na równinach. W okresie przeto rozpadu należy wysełać w góry tylko takich chorych, u których obszar zajętego płuca jest niewielki, ograniczony, gorączki nie ma lub mała, a siły niewyczerpane, w przeciwnym razie należy skierować chorego na równiny. W okresie już wytworzonych jam, jeśli zajęte są oba płuca, chorobie towarzyszy wysoka gorączka, a siły chorego słabe, nie należy go wywozić z pod dachu własnego mieszkania; natomiast jeśli zajęte tylko jedno płuco, siły niewyczerpane jeszcze, możemy nawet przy średniéj gorączce ze skutkiem zalecić choremu pobyt w cieplejszych równinach. Jeżeli zaś chory nie gorączkuje, a wysłuchem stwierdzić możemy, że rozpad powstrzymał się na bardzo ograniczonym obszarze, należy chorego wysłać w klimat górski, który najskuteczniéj przyczynić się może do możebnego zagojenia jamy.

Wysoka ciepłota bardzo często towarzyszy gruźlicy: jest ona przeciwskazaniem dla leczenia klimatycznego; wyjątek stanowią przypadki z znacznemi zwolnieniami rannemi, ale i w tym razie tylko o stacyjach na równinach myśleć należy, gdyż klimat górski jest szkodliwy we wszystkich formach gorączki. Słabsze stopnie gorączki w odpowiednio wybranych miejscach klimatycznych ustają (Brehmer, Petri), pomimo to niezbędną jest wielka ostrożność w wysyłaniu chorych gorączkujących.

Krwotoki płucne są przeciwwskazaniem do leczenia klimatycznego; dopiero po upływie długiego czasu bez krwawienia można pomyśleć o zmianie klimatu. Z wyjątkiem krwotoków z jam płuc, które wymagają wyczekiwania i wielkich ostrożności, zanim wyszle się chorego do klimatu równin, inne przypady krwawienia płuc nadają się do leczenia w klimacie górskim; skuteczność pobytu w górach su-

chotników z krwotokami stwierdza statystyka. Wpływ nizin na przebieg krwotoków płucnych jest nader nieznaczny; bezpośrednie sąsiedztwo morza czasami wywołuje krwotoki płucne i zmusza chorego do opuszczenia klimatu pomorskiego.

Cierpienia krtani (wrzody), czy to nieżytowe czy gruźlicze, nadają się do leczenia w klimacie nizin.

Na dwie okoliczności należy jeszcze zwrócić uwagę: chorzy po dłuższym pobycie w ciepłym klimacie wydelikacają się i po powrocie źle znoszą niepogody naszéj strefy; powtóre w stacyjach górskich serce i płuca przyzwyczajają się do większéj pracy, a chorzy po powrocie zapominają o potrzebie utrzymywania miary tych fizyjologicznych warunków; w tych okolicznościach utraca się wiele nabytych korzyści. Autor radzi zapobiegać pospiesznemu powrotowi do ojczyzny, i sądzi, że przed drugą połową maja chorzy nie powinni przybywać do naszego klimatu; a chcąc im oszczędzić niemiłych kwietniowych upałów na południu, należy doradzać pobytu przez kwiecień i pierwszą połowę maja nad jeziorami północnych Włoch lub w Meranie. Utarło się mniemanie, że po powrocie z stacyj alpejskich chorzy zapadają w stan gorszy; zdanie to jest prawdziwe o tyle, o ile stósuje się do chorych, którzy bądź zakrótko bawili w Alpach, bądź też po powrocie zachowywali się nieostrożnie. Doświadczenie pouczyło, że aby odnieść trwały wynik pobytu w górach, należy przebywać w nich bez przerwy dwa lata; sezonowe leczenie w górach nie ma najmniejszéj podstawy; chorzy nie powinni zapominać, że po powrocie muszą zachować wszelkie ostrożności, ażeby nie zamącić uregulowanego trybu czynności oddechania i krążenia.

W obec wszystkich powyższych uwag wszelkie klimatyczne leczenie jest przeciwwskazane: 1) w towarzyszącéj znacznéj gorączce; 2) w zajęciu sprawą naciekową znacznego obszaru płuc, przy postępującym nacieku; 3) przy wielkim upadku sił; 4) w powikłaniu z gruźlicą trzew.

Przeciwwskazania leczenia klimatem górskim: 1) eretyczny typ ustroju; 2) złośliwa niedokrewność; 3) zmiany organiczne w sercu zależne od wieku, oraz skostnienie chrząstek żebrowych; 4) stale przyspieszone tętno; 5) insuficyjencyja oddechowa; 6) gorączka; 7) zserowacenie nacieku pozapalnego we wszystkich okresach; 8) przewłoczna gruźlica z nasileniami; 9) nieżyt i gruźlica krtani; 10) rozpad miąższu płucnego ze złym stanem całego ustroju; 11) powikłania z chorobami serca i naczyń; 12) zchorzenie nerek; 13) nerwobóle i nerwice z napadami.

Przy krwotokach płucnych leczenie klimatem górskim jest wskazane: 1) w początkowéj dobie krwotoków; 2) w nieznacznych biernych krwotokach; 3) w czynnych krwotokach po ustaniu gorączki i po upływie ośmiu tygodni od ostatniego krwotoku; 4) w krwotokach z jam, jeżeli postęp rozpadu miąższu płucnego zatrzymał się, gorączka ustała, a dwa miesiące przeszło bez krwotoku.

Leczenie klimatyczne na nizinach jest wskazane: 1) jeżeli ciepłota nie przekracza 38°C.; 2) w okresie rozpadu z nieznacznemi objawami odczynu ogólnego; 3) w krwotokach z przekrwienia czynnego; 4) w krwotokach z jam płucnych, w dwa miesiące po ostatnim krwotoku; 5) w nieżycie z gruźlicy krtani, jeśli inne zmiany nie stoją na przeszkodzie; 6) w powikłaniach z cierpieniami serca i naczyń; 7) w objawach znacznéj drażliwości dróg oddechowych; 8) w objawach słabéj siły wdechowéj przy tętnie zazwyczaj przyspieszoném; 9) w wybitnéj niedokrewności; 10) w wieku podeszłym.

Podaliśmy szkic pracy Dra Chodounskiego, prawdziwie żałując, że rozmiary sprawozdania zmusiły nas do opuszczenia wielu cennych rozumowań i wniosków praktycznéj wartości, które stanowią część oryginalną téj pracy. Autor zebrał luźnie rozrzucone zdania i liczby w literaturze całego świata, i drogą syntetyczną stworzył całość, która będąc niezawodnie cennym drogoskazem dla praktycznego lekarza, jednocześnie rozjaśniła światłem krytyki umiejętnéj wiele ciemnych zagadnień klimatoterapii; dla tych zalet postanowiliśmy zapoznać czytelników „Przeglądu Lek." z treścią w przekonaniu, że to nasze sprawozdanie pobudzi wielu do przeczytania całéj rozprawy Dra Chodounskiego.

Fränkel: Leczenie ropni zimnych jodoformem.

Leczenie ropni opadowych było jedną ze słabych stron chirurgii. Dawniéj stawiano jako zasadę, aby ich zupełnie nie otwierać, z powodu że po wypuszczeniu ropy gromadziła się ona bardzo szybko powtórnie, chory tracił dużo białka, w jamie ropnia przychodziło bardzo łatwo do rozkładu, a chory szybko ulegał wyniszczeniu, lub ostréj chorobie przyrannéj. Z wprowadzeniem leczenia przeciwgnilnego przynajmniéj to ostatnie niebezpieczeństwo zostało usunięte, a ropienie pod wpływem środków przeciwgnilnych zostało ograniczone, lecz prawie zawsze pozostawała ropiejąca przetoka, czyli stan taki sam, jak po dobrowolném otwarciu się ropnia, a nadto przy zaniedbaniu ostrożności przeciwgnilnych, co u biedniejszych chorych może się zdarzyć bardzo łatwo, groziły zawsze choroby przyranne. Z tego więc powodu i w najnowszych czasach ograniczano leczenie chirurgiczne ropni opadowych tylko do niektórych przypadków, a mianowicie otwierano ropień tam, gdzie spodziewano się, że pierwotne ognisko w kości da się usunąć, gdzie ropień sprawiał przez ucisk znaczne dolegliwości, lub gdzie groziło dobrowolne przebicie ścieńczałéj skóry. W innych bardzo częstych przypadkach, w których ropień był bardzo duży i ognisko pierwotne głębokie, pozostawiano ropień swemu losowi. Dopiero przed 3 laty uczynił prof. Mikulicz i te przypadki dostępnemi leczeniu, polecając wypuszczenie treści ropnia przez nakłucie i wstrzyknięcie do jamy ropnia mięszaniny jodoformu, gliceryny i oliwy. Wyniki tego postępowania podaje Fränkel w swéj rozprawce. Postępowanie było zupełnie takie, jak je polecił Mikulicz a zatém śród zastósowania ostrożności przeciwgnilnych nakłuwano ropień trójgrańcem i wypuszczano lub pompowano ropę, a natomiast wstrzykiwano mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:10 (dodatek oliwy opuszczono) stósownie do wielkości ropnia kilkanaście do 100 gramów naraz, poczém zakładano silnie uciskający opatrunek z plastru lepiącego i chory mógl się oddawać bez przerwy swemu zajęciu. Z pomiędzy 20 leczonych w ten sposób chorych, u których pierwotna sprawa chorobowa znajdowała się prawie zawsze w kości (kręgi, żebra, miednica, kość udowa), wynik był 18 razy pomyślny, a mianowicie 13 razy nastąpiło zupełne wyleczenie, u reszty pozostał w miejscu ropnia twardy naciek; 2 chorych pozostało niewyleczonych. Czas leczenia wynosił 2 tygodnie do pół roku, w przecięciu około 2 miesięcy. Są to wyniki bardzo pomyślne i zachęcające do dalszego stósowania tego sposobu leczenia (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 26—28).

(W klinice prof. Mikulicza leczono w ten sposób 3 cho-

rych, jednego z ropniem na udzie, dwóch z ropniem bardzo dużym na plecach. U pierwszego był wynik niepomyślny o tyle, że mimo 3 krotnego wstrzyknięcia jodoformu ropień się nie zmniejszył i musiano go otworzyć i wyskrobać, poczém nastąpiło wyleczenie. U drugiego ropień po dwukrotném wstrzyknięciu męszaniny jodoformu znikł zupełnie. U trzeciego ropień bardzo duży zmniejszył się bardzo znacznie po wstrzyknięciu 50 gramów męszaniny w ciągu miesiąca, postępowanie to powtórzono, ostateczny wynik niewiadomy, gdyż chory nie zgłosił się więcéj do kliniki). *H. Schramm.*

P. Rosenbach: **O patogenezie padaczki.**
(Z pracowni prof. Mierzejewskiego w Petersburgu).

Padaczka polega na zmianach czynnościowych w ośrodkach nerwowych, to téż autopsyja nie wykazuje zmian właściwych temu schorzeniu. Wobec tego starano się od dawna na drodze doświadczeń przedsiębranych na zwierzętach wyjaśnić ciemną kwestyję patogenezy téj nerwicy. Doświadczenia pouczyły, że wśród pewnych warunków można u zwierząt wywołać ogólne toniczne i kloniczne drgawki po odjęciu półkul mózgowych, a pewnik ten stał się powodem, że w ośrodkach mostu Varola i w rdzeniu przedłużonym szukano przyczyn padaczki. Na nowe szlaki zwróciły się te dociekania z chwilą, gdy wykryto ośrodki psychomotoryczne, zaczęto powątpiewać w dawniejszą teoryję a przyczyn padaczki szukano w korze półkul mózgowych. Pomimo tego zwrotu rzecz do dziś dnia nie jest stanowczo załatwioną, nie ma dotąd zgody pomiędzy autorami nietylko co do tłumaczenia rezultatów doświadczeń ale nawet co do samych rezultatów tych doświadczeń. Kwestyja przyczyny padaczki jest dotąd otwartą — a okoliczność ta skłoniła autora do podjęcia szeregu doświadczeń, których celem jest wyjaśnienie znaczenia kory mózgowéj przy powstawaniu napadu padaczki.

W pierwszéj części rozprawy swojéj zestawia Rosenbach starannie zapatrywania dawniejsze; wywodzi początek teoryi t. zw. rdzeniowéj, wymienia doświadczenia odnośne Kussmaula i Tennera, Schroedera van der Kolk i Nothnagla i dochodzi do przekonania, że teoryja rdzeniowa nie może się żadną miarą ostać ani w swéj pierwotnéj postaci, ani téż zmodyfikowana w myśl zapatrywań Nothnagla. Zasługą tych wszystkich doświadczeń jest wykazanie, że po odjęciu półkul mózgowych można wywołać ogólne drgawki, czy jednak drgawki te mają znaczenie napadu padaczkowego, na to dowodu nie ma, a pewne okoliczności wskazują nadto, że drgawki, wywoływane wśród doświadczeń tych autorów, należy odróżnić od drgawek padaczkowych.

Z odkryciem ośrodków psychomotorycznych w korze mózgowéj zapatrywania zmieniły się o tyle, że padaczkę rozróżniano na korową (*epilepsia corticalis*) i na idyjopatyczną, któréj przyczyna miała się znajdować w rdzeniu. Już doświadczenia kliniczne wskazywały, że istnieje szereg przypadków, w których za życia spostrzegano padaczkę, a autopsyja wykazała zmiany w korze mózgowéj, doświadczenia nadto przedsiębrane na zwierzętach wykazywały, że drażniąc powierzchnię mózgu za pomocą prądu elektrycznego można wywołać drgawki pojedynczych odnóg lub całego ciała. Przypadki padaczki „korowéj“ różnią się od padaczki idyjopatycznéj tém, że napady pierwszéj nie łączą się zazwyczaj z zupełną utratą przytomności i przebiegają odmiennie: drgawki rozpoczynają się zazwyczaj w jednéj grupie mięśni i ztąd dopiero rozchodzą się na inne grupy, czasem zaś ograniczają się do jednéj odnogi. Z drugiéj strony przemawiała okoliczność, że po silném drażnieniu kory mózgowéj występowały ogólne drgawki, za tém, że i idyjopatyczna padaczka powstaje za pośrednictwem kory mózgowéj; doszło nawet do tego, że Luciani przypisywał rdzeniowi drugorzędne znaczenie w powstawaniu napadów. W ostatnich czasach przyłączył się Unverricht do tych zapatrywań a na podstawie spostrzeżeń klinicznych porzucił zupełnie teoryję „rdzeniową“.

Tak rzeczy stały, zanim autor podjął się opracowania téj kwestyi. Każdy prawie szczegół twierdzeń autorów dawniejszych był zachwiany rezultatami nowszych doświadczeń a trudno zaiste było rozpoznać się w tym odmęcie sprzecznych zapatrywań.

Nie podobna wchodzić na tém miejscu w szczegóły pracy Rosenbacha, która obejmuje nietylko doświadzenia na psach, jako zwierzętach, jedynie odpowiednich do tych doświadczeń, lecz także spostrzeżenia kliniczne z oddziału prof. Mierzejewskiego dla tego zestawiamy tylko rezultaty badań R. w następujących pięciu zdaniach:

1. Napady drgawkowe, wywoływane u psów przez elektryczne drażnienie mózgu, powstają w skutek zadrażnienia ruchowych ośrodków kory i są zależnie od sposobu drażnienia podobne jużto do padaczki t. zw. „korowéj“, jużtéżto do napadów padaczki idyjopatycznéj, spostrzeganéj u ludzi.

2. Pomiędzy padaczką korową a idyjopatyczną nie ma tedy zasadniczéj różnicy patogenetycznéj, ze względu jednak na to, że pierwsza jest objawem i rezultatem organicznéj zmiany mózgu a pod względem przebiegu klinicznego różni się od ostatniéj, należy ją ściśle odróżnić od idyjopatycznéj czyli czynnościowéj, jako polegającą na zmianie organicznéj.

3. Napady drgawkowe padaczki idyjopatycznéj, jak niemniéj napady *petit mal*, są następstwami pierwotnego chorobowego zadrażnienia kory mózgowéj.

4. Rozmaitość obrazu klinicznego padaczki jest zależną od różnorodności i od rozległości zmian patologicznych w korze, które napad wywołały.

5. Teoryja, według któréj przyczyna napadów padaczkowych ma istnieć w ośrodkach rdzenia przedłużonego i w moście Varola, nie może się ostać, gdyż nie stoi w zgodzie ze spostrzeżeniami klinicznemi a nadto nie polega na faktach pewnych. (*Virchow Archiv für path. Anat.*, t. 97 III z.) *Dr. Schaitter.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Abadie z Paryża: O leczeniu garbca częściowego postępującego. Chodzi tu o te przypadki, w których wzmagający się garbiec, będąc dość wielkich rozmiarów, pozostawia jednak jeszcze część rogówki dosyć przeźroczystą, tak, iż można przypuszczać, że dałoby się coś zrobić dla wzroku; a jednak przepowiednia w takich razach jest złą, gdyż ani rękoczyn zajmujący powierzchnię bliznowatą (jakoto: wycięcie, nakłucie, przyżeganie) ani téż irydektomija, nie zawsze powstrzymują wznowek, które doprowadzają w końcu do tego, że garbcowe zwyrodnienie kończy się zajęciem całéj rogówki, a nawet części przedniego oka. Wychodząc z założenia, że powstanie wznówek przypisać wypada drażnieniu oka, w skutek ciągnienia téj części tęczówki,

która przylega do blizny, powziął autor myśl przecięcia tęczówki tam, gdzie ona stanowi przedni przyczep i to pomiędzy rzęskową częścią a blizną rogówkową, z którą tęczówka jest zrośniętą. W tym celu wprowadza Abadie nóż Graefego przez podstawę garbca niedaleko miejsca, gdzie tenże graniczy ze zdrową rogówką, a jeżeli przednia komórka zanadto jest miałką, prowadzi nóż dalej do tylnej komórki i robi przeciwkłucie. Potém prowadzi nóż ku granicy rogówko-twardówkowéj, pozostawiając jednakże tutaj środkowy mały płat jak przy sklerotomii. Przez odcięcie w ten sposób tęczówki, pomiędzy blizną i przyczepem rzęskowym, spodziewa się autor usunąć główną przyczynę rozwoju garbca. Operacyję tę nazywa Abadie stafylotomiją a przypadki operowane dały mu dobre wyniki.

Dor z Łyonu mówi: O fotografowaniu obrazów wziernikowych i przedstawia próby odnośne, zrobione przyrządem, który opisuje, a fotografije przedłożone przedstawiają obrazy zdjęte z oka sztucznego Perrina, z oka chloroformowanego kota i królika. Nie można o nich twierdzić, ażeby były doskonałe, lubo pozwalają przypuszczać, że dalsze próby wypadną korzystniéj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważa Noyes, że już w roku 1862 zbudował przyrząd podobny do tego, o którym Dor wspomina, lecz napotkał pod względem praktycznym na trudności nieprzezwyciężone, a trudnościami temi były przedewszystkiém następujące okoliczności:

1. Brak dostatecznéj wrażliwości tablicy (trudność ta już jest dzisiaj usuniętą);

2. Obraz nerwu wzrokowego może się dobrze udać, ale okolica żółtéj plamy bywa zupełnie zaciemnioną przez odblask rogówki. Noyes starał się światło spolaryzować, ale przez to tylko światło osłabił nie usunąwszy przykrego odblasku;

3. Trudno nadzwyczaj unieruchomić oko.

Te trudności zniechęciły go zupełnie i odwiodły od dalszych doświadczeń.

Hansen-Grut z Kopenhagi czyta rzecz swoją o dwóch postaciach zapalenia rogówki:

a) Pierwszą postać opisał autor przed kilku laty. Zdarza się ona w klinice kopenhagskiéj dość często, mianowicie po lekkiém obrażeniu rogówki, np. paznogciem. Zrazu powstają przeciągłe bole, mylnie uchodzące za nerwowe poczucie, gdy przyczyną ich jest zawsze uraz. Bole te newralgiczne powtarzają się zazwyczaj w postaci napadów i to w ciągu wielu lat (nawet przez 10 lat w jednym przypadku). Napady te pojawiają się rano po zbudzeniu się ze snu. Chory doznaje uczucia, jakoby ciało obce było w oku, lub téż jakoby powieka z trudnością przesuwać się dała, uczucie to pozostaje po wielu nawet latach takiém samém, jak kiedy rana rogówkowa była jeszcze świeżą. Zdaniem Hansena pochodzi to ztąd, że końce nerwów w nabłonku rogówki dawniéj zranionéj, pozostają w stanie chorobowéj nadczułości. Lecz i zdrożne odrodzenie nabłonka może być przyczyną tych bolesnych napadów. W skutek téj drażliwości powstaje silne łzawienie, którém kończy się napad trwający 10—15 minut. Jeżeli stan drażliwości jest mniéj przelotnym, natenczas oko zaczerwienia się wśród ciągłego czucia ciała obcego, a po dokładném zbadaniu rogówki przekonywamy się o istnieniu na niéj wielkiego pęcherza, którego zawartość daje się powieką przesuwać. Częściéj jednakże nie widzimy przedmiotowo nic, albo téż nieznaczne tylko zamglenie. Atoli wielce znaczące w téj postaci zapalenia rogówkowego jest to, że bez względu na to, czy powstał pęcherz lub nie, możemy za pomocą szczypczyków z miejsca dotkniętego cierpieniem unieść nabłonek w całości albo téż cząsteczkami. Płaszczyzna dotknięta jest zazwyczaj dość znaczna i obejmuje niekiedy połowę rogówki. Jeżeli po powierzchowném takiém oskrobaniu rogówki przychodzi do zapalenia téjże błony, to występuje ono zawsze w postaci pęcherzowéj i to, jak twierdzi Hansen, tak stale, że po oskrobaniu rogówki choremu zapalenie takie z góry przepowiedzieć można. Zapalenie to jednakże bardzo późno nieraz występuje, tak że istotna jego przyczyna zazwyczaj zaciera się w pamięci. Ta postać rogówkowego zapalenia nie ma nic wspólnego ze stanem jaskrowym, z zapaleniem rogówki śródmiąższowém, ze zapaleniem pryszczykowém (*keratitis vesiculosa*), z liszajem czoła (*herpes frontalis*), albo z opryszczkami powstającemi w następstwie nieżytu oskrzeli albo zapalenia płuc, w którychto przypadkach obok zmniejszonego naprężenia jest i czułość osłabioną, podczas gdy w postaci przez Hansena opisanéj czułość właśnie jest powiększoną. Wycięcie płata nabłonkowego i zapuszczenie atropinu usuwają w kilku godzinach bole, nabłonek odnawia się, a w 3—5 dniach powraca wszystko do prawidłowego stanu. Niekiedy treść pęcherza staje się mętną, żółtą, wtenczas to przebieg cierpienia jest powolnym. Autor przyznaje się, że w walce przeciwko powrotowi napadów był bezsilnym. Napad sam można znacznie skrócić przez zapuszczenie słonéj wody albo słabego rozczynu kwasu borowego unikając przytém pocierania ócz. W czasie wolnym od napadów oko jest prawidłowe. W sześciu przypadkach Hansen spostrzegł rodzaj zapalenia pęcherzowego, powstałego sympatycznie na drugiém oku wolném od urazu.

b) Druga postać zapalenia rogówkowego przedstawia się jako powierzchowne owrzodzenie z przebiegiem przewlekłym i z wyraźną skłonnością do pełzania. Ból przytém zazwyczaj słaby, nastrzyknięcie spojówki nieznaczne. Przy oświetleniu ukośném widać plamkę powierzchowną, prawie zawsze niedaleko obwodu rogówki umieszczoną. Nabłonek ulega szybko powierzchownemu owrzodzeniu. Po kilku dniach nasięk rozszerza się w sposób znamionujący przez wypuszczenie pryszczyków, których brzeg jest ciemniejszym od reszty nasięku. Ograniczenie nasięku staje się zupełnie nieregularném z powodu odnóg, które wszystkie kończą się napęcznieniem. W skutek tego nadano téj postaci nazwę kliniczną „zapalenia rogówkowego promienistego,“ (*ramifiée*). Podczas całego ciągu choroby nasięk ogranicza się do powierzchni rogówki, któréj części przylegające do ramion nasięku pozostają czyste. Nigdy nie przychodzi do unaczynienia (waskularyzacyi) rogówki. Cierpienie to trwa tygodnie i miesiące, a nasięk tylko powolnemu ulega wessaniu. Sprawa owrzodzenia kończy się, pozostawiając obłoczkowatą bliznę, która długo jeszcze świadczy o przebytém cierpieniu. Cierpienie to, które przypomina pełzający wrzód rogówki, jest tém dla powierzchni téj błony oka, czém wrzód pełzający dla głębszych jéj warstw. Nigdy nie przechodzi jedno cierpienie w drugie. Niezawodnie chodzi tu o cierpienie grzybkowe z osobnemi pasorzytami. Powodem tego cierpienia nie jest, według Hansena, ani uraz, ani spojówkowe zapalenie, ani choroba przewodu łzowego; 2% saletran srebra miejscowo zastosowany skraca to cierpienie.

I ten odczyt jak i poprzedni nie wywołał żadnéj rozprawy. O głos poprosił jedynie Abadie i to do następujących uwag:

Od dawna uderzyła go ta okoliczność, że począwszy od 30 r. życia powstanie pewnych zapaleń rogówkowych staje się niejasném; ich anatomiczna postać zmienia się, a leczenie nie daje żadnéj pewności. U kilku chorych objawy gośćcowe poprzedzają, u innych zaś stan ogólnego zdrowia jest znakomity. Czasem cierpieniom rogówkowym towarzyszy nastrzyknięcie twardówkowe, podobne do gośćcowego zapalenia twardówki. Po wielu bezskutecznych próbach leczniczych Abadie zastosował w kilku przypadkach z wyśmienitym skutkiem salicylan sodowy, z czego wnosi, że początek owych cierpień polegał stanowczo na gośćcu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Podhajce. W miesiącu wrześniu wygasła czerwonka w Gniłowodach, gdzie na 38 chorych umarło 4. Krztusiec panował w 5 miejscowościach, gdzie w ogóle zachorowało 260 osób z tych umarło 44. Charakter epidemii nie wszędzie jednaki i tak: w Białokiernicy na 45 chorych zmarło 17 dzieci, w tym samym czasie w Uwsiu na 51 chorych zmarło tylko 4 dzieci, pomimo na pozór znacznie gorszych warunków klimatycznych Uwsia, leżącego niemal na stepowéj równinie, gdzie téż nieustannie szaleją wiatry, a nadto prócz moczarów i wody zaskórnéj nie ma wody bieżącéj ani studzien; Białokiernica zaś leży w kotlinie a raczéj w długim wąwozie bardzo zacisznym, przez który sączy się mały strumyk, prócz tego ma wiele dobrych studzien. Zkąd więc ten rażący stosunek śmiertelności tu i tam?

Dr. Dzikowski.

* **Cholera** ponownie rozszerzyła się w Neapolu, w ogólności atoli nie przekroczyła dotąd granic krajów romańskich i wszędzie, zapewne pod wpływem pory chłodniejszéj, wygasa. Rząd włoski zabiera się energicznie do poprawienia stosunków zdrowotnych Neapolu i zamierza pomiędzy innemi znieść zupełnie trzy najbrudniejsze dzielnice téj stolicy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 września do 4 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,5. Z płonicy umarło 4 (8 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 12 odry, 10 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 21—27 września ospa w Londynie przybrała większe rozmiary. Świeżo zapadło 122 (66 z. t.); leczyło się w szpitalach 561 (497 z. t.); umarło 10. W Brukseli, Liverpolu, Odesie, Rzymie, Wenecyi umarło z ospy po 1, w Paryżu, Petersburgu, Lizbonie, Nowym Orleanie po 2, w Pradze 5, w Madrasie 7. Z duru osutkowego umarło w Murcyi 1. W Bombayu umarło z cholery (od 20 do 26 sierpnia) 18, w Kalkucie (od 10—16 sierpnia) 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,6; w Warszawie 31,7; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 20,9; w Pradze 31,5; w Berlinie 26,4; w Gdańsku 22,3; we Wrocławiu 27,8; w Hamburgu 21,9; w Monachowie 26,4; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 17,7; w Bazylei 7,0; w Brukseli 27,9; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 28,9; w Paryżu 21,4; w Londynie 16,1; w Kopenhadze 27,5; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 20,4; w Odesie 27,4; w Rzymie 23,9; w Wenecyi 18,9; w Bukareszcie 25,0; w Madrycie 30,3; w Lizbonie 30,7; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Yorku 26,8; w Filadelfii 22,8; w Bombayu 28,8; w Madrasie 36,5.

J. B.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 28 września do 4 października r. b. umarło osób 55, co odpowiada na rok i 1,000 m. 24,8. W tym czasie umarło z ospy 5 osób, z płonicy 1, z błonicy 1, z krztuśca 1, i z duru brzusznego 1.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. Rektor Uniwersytetu Jagiell. prof. Rydel powrócił ze Sejmu i objął urzędowanie. Wykłady na Wydziale lekarskim są już w pełnym toku, pomimo, że restauracyje w gmachu klinicznym jeszcze nie zupełnie są ukończone.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Wzmianka, jaką znalazłem w ostatnim numerze Przegl. Lek. w sprawie 5go numeru dziennika Zjazdu i fotografowanéj grupy uczestników, skłania mnie do przesłania następującego wyjaśnienia: pan Dr. filoz. Kusztelan podjął się trudu rozsyłania ostatniego numeru dziennika Zjazdu; to téż każdy, ktoby dotychczas nie miał był odebrać 5go, t. j. ostatniego numeru dziennika, zechce się wprost zgłosić w téj sprawie do p. Dr. Kusztelana (Górna Wilda pod Poznaniem), podając własny dokładny adres. Zdarzało się bowiem często, jak mnie p. Dr. Kusztelan zapewniał, że urząd pocztowy wysłany dziennik z powodu niedostatecznego adresu zwrócił.

Wykonanie i sprzedaż fotografowanéj grupy uczestników, jest przedsięwzięciem czysto prywatném firmy tutejszéj pp. Rivoli i Spółki, a z czynnościami Wydziału gospodarczego IV. Zjazdu najmniejszego nie miało związku. Komitet gospodarczy zwracał tylko swego czasu uwagę na przedsiębiorstwo to, nastręczające uczestnikom miłą pamiątkę. Dla tego téż Wydział żadnéj nie może przyjąć na siebie odpowiedzialności, ani za ugrupowanie, ani téż za nieregularności w rozsyłce zachodzące. Na zapytanie moje wystosowane do firmy powyższéj, dowiedziałem się, że fotografije przeznaczone dla uczestników Zjazdu mieszkających w państwie rosyjskiém wysłane zostały na dniu 22 września pod adresem aptekarza pana Edwarda Lilpopa w Warszawie (Nowy Świat). *Dr. B. Wicherkiewicz.*

* **Z Kijowa** piszą nam: Pomijając nagrody, które z powodu jubileuszu spłynęły na profesorów, Uniwersytet otrzymał prawdziwy dar cesarski w sankcyi na wydanie 250,000 rs. na budowę nowych, a dawno oczekiwanych, klinik. Potrzeba ich ostatniemi czasy tém więcéj czuć się dawała, że liczba studentów medycyny prawie się potroiła, a kliniki dawne uniwersyteckie są zbyt szczupłe i nieodpowiadające żadnym zdrowotnym warunkom. Co się zaś tyczy szpitala wojskowego, do którego przez tyle lat studenci 5go kursu chodzić muszą, to pomijając te niewygody i trudy, jakie znoszą chodząc co jesień i zimę na ogromną stromą górę, na któréj jest wybudowanym, i oddalenie od miasta, to i sam szpital jest zbudowanym pierwiastkowo na kazamaty i w ten sposób przedstawia się dzisiaj, nie ma nietylko żadnéj wentylacyi, ale ma wszystkie niedogodności, których szpital mieć nie powinien. Równocześnie rząd ogłosił nową ustawę dla uniwersytetów, według któréj rektor odtąd nie będzie wybierany, zaprowadzoną zostaje instytucyja docentów prywatnych, których jednak rektor może usuwać czasowo lub na zawsze; studenci odtąd opłacać będą czesne tyle rubli, ile godzin mają tygodniowo), wpisowe razem z czesnem nie będzie jednak wynosić nad 60 rs., władzę dyscyplinarną nad nimi mieć będzie inspektor.

* **Odznaczenia.** Radca dworu i prof. anatomii opisowéj w Wiedniu Dr. Karol Langer otrzymał szlachectwo austryjackie. — Dr. Ivanchich obchodził temi dniami 50-letni jubileusz doktorski, przy któréjto sposobności kolegijum doktorskie złożyło mu życzenia. — Przeniesiony w stan spoczynku referent spraw lekarskich Styryi Dr. Scherer otrzymał tytuł i charakter radcy dworu. — Prof. Schnitzler otrzymał krzyż komandorski duńskiego orderu Danebroga.

* **Nekrologija.** W Bukareszcie umarł z udaru mózgowego Dr. Teofil Glück, naczelny lekarz szpitala głównego, w 57 roku życia. Urodzony w Krakowie kończył tu studyja chirurgiczne i otrzymał stopień magistra; później studyja uzupełnił i uzyskał stopień doktora medycyny w Uniw. Jagiell. Udawszy się do Jass odrazu miał powodzenie w praktyce, a jako lekarz przyboczny ks. Cuzy, razem z nim przeniósł się do Bukaresztu. Syn jego niedawno temu otrzymał tytuł profesora chirurgii w Uniw. berlińskim.

W Sárkách umarł Dr. Filip Kodym, lekarz i zasłużony wielce obywatel czeski w 74 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém ponowny Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a. Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania mieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym, będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkiwać. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść swe podania do podpisanéj Dyrekcyi najdaléj do końca Października rb.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 13 Października 1884.

Dr. Biesiadecki.

L. 332.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się Konkurs na posadę elewa szkoły operacyjnéj przy c. k. klinice chirurgicznéj w Krakowie począwszy od 1 Października r. szkolnego 1884/85 na lat dwa. Z posadą dotyczącą połączone jest stypendyjum Wys. Wydziału krajowego w kwocie rocznéj 500 złr. w. a. Bliższą wiadomość co się tyczy zobowiązań udziela prof. Dr. Mikulicz.

Podania należy wnieść na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego do 24 października 1884.

Kraków d. 10 Października 1884.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.